

KLOK AV SKADE -
*EN OPPGAVE OM HÅNDTERING AV MELDING AV
UHELDIGE HENDELSER VED*

Lovisenberg Diakonale sykehus

Gruppe 8; Julie Berteig, Hans Joakim Hansen, Magnus
Hovmork, Stine Fiksdal og Silje Lonar.



UNIVERSITETET I OSLO

10.12.2014

KLOK AV SKADE

© Forfatter: gruppe 8

År: 2014

Tittel: Klok av skade

<http://www.duo.uio.no/>

Sammendrag

Bakgrunn: Tema for prosjektet var håndtering av avviksmeldinger. Fokus ble lagt på håndtering av avviksmeldinger etter de er meldt, ved Medisinsk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). På avdelingen ble det identifisert muligheter for kvalitetsforbedring innen håndtering av avviksmeldinger.

Kunnskapsgrunnlag: Overvekten av kunnskapsgrunnlaget ble funnet i lovverk, samt retningslinjer fra blant annet Verdens helseorganisasjon (WHO). Det ble også kontaktet sentrale personer innen avvikshåndteringsarbeid både på LDS og Kunnskapssenteret (KS).

Resultat: Det ble avdekket flere mulige forbedringstiltak, og det ble valgt å fokusere på kortere behandlingstid for avviksmeldinger og bedret kommunikasjon mellom LDS og KS. Det første tiltaket innebar en kortere tidsfrist for fullstendig utfylling av avviksmeldinger. Slik vil denne informasjonen nå KS tidligere, som da raskere kan komme med tilbakemelding og råd til håndteringen av avviket. Det andre tiltaket var rutinemessig sjekking av tilbakemeldinger fra KS for ansatte ved LDS for å sikre at sykehuset drar nytte av denne læringskilden til bedret håndtering av avvik. Mål ved disse tiltakene var å øke muligheter for behandling av avvik, samt at melder får rask tilbakemelding vedrørende forbedringstiltak. Man oppnår samtidig et økt fokus rundt håndtering av avviksmeldinger.

For å danne seg et inntrykk av om dette er effektive forbedringstiltak, ble det foreslått to prosessindikatorer «*Følges retningslinjene for håndtering av avviksmeldinger?*» og «*Hvor lang tid tar det gjennomsnittlig ved LDS fra en uheldig hendelse skjer til et avvik er lukket?*», og en resultatindikator «*Hvor mange konkrete tiltak fører utfylling av avviksmeldinger og påfølgende avvikshåndtering til per år ved LDS?*».

Konklusjon: Forbedret avviksmeldingshåndtering på Medisinsk klinikk, Lovisenberg Diakonale sykehus, kan trolig oppnås gjennom tiltak knyttet til behandlingstid og kommunikasjon. Gjennom bruk av valgte indikatorer kan en vurdere hvorvidt tiltakene har en effekt.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Innholdsfortegnelse	4
1 INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING	5
2 KUNNSKAPSGRUNNLAG	8
3 LOVGRUNNLAG OG HISTORIKK	9
4 SYSTEMET FOR MELDING AV UØNSKEDE HENDELSER VED MEDISINSK KLINIKK PÅ LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS	11
5 FORSLAG TIL KVALITETSFORBEDRING	16
6 IMPLEMENTERING AV FORBEDRINGSTILTAK	21
7 VALG AV INDIKATORER OG KONKLUSJON	24
Vedlegg	27
Litteraturliste	28

1 INTRODUKSJON OG PROBLEMSTILLING

Avvik kan defineres som uønskede, utilsiktede eller uheldige hendelser som fører til en uønsket skade eller komplikasjon (20). Behovet for velfungerende avvikssystemer innenfor helsevesenet uttrykkes utvetydig i litteraturen, og at avvikssystemer skal foreligge er nedfelt i Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven og Internkontrollforskriften. Til tross for dette dør mange pasienter årlig i Norge og på verdensbasis på grunn av feilbehandling i sykehus. Det anslås at omtrent 15 % av inneliggende pasienter pådrar seg en pasientskade i Norge hvert år (1) og av disse kunne halvparten vært unngått (2). Internasjonalt rapporteres liknende tall. «The Harvard Medical Practice Study» fra 1991 tok for seg de første dokumenterte personskader påført av helsevesenet (3) og viste at omtrent fire prosent av alle pasienter i sykehus opplevde uønskede hendelser. Det hevdes i artikkelen at de fleste av disse kunne vært unngått. Liknende forskning har blitt gjort i andre land. Andelen skader er imidlertid opptil 20 prosent, altså betydelig høyere enn tallene man fant i Harvard-studien (4).

Den nevnte litteraturen belyser viktigheten av gode avviksmeldingssystemer og god oppfølging av avvikene som meldes. Likevel foreligger lite statistisk sikker kunnskap som viser direkte bedring av pasientsikkerheten gjennom bruk av avviksmeldinger, muligens grunnet vanskeligheter med å bevise en direkte årsakssammenheng mellom avviksmeldinger og forekomsten av uønskede hendelser. Det kan også være vanskelig å kvantitere effekten og gjennomføre statistiske beregninger (6). I artikkelen «Reporting of adverse Events», publisert i NEJM i 2002, er temaet avvikssystemer og potensielle effekter av avvikssystemer (7). I de fleste tilfellene konkluderes det med at det ikke er mulig å finne fram til konkrete tall på effekten siden alle er enige om at avvikssystemene har en effekt; det vil si at effekten er «anekdotisk».

Som beskrevet over foreligger forskning på avvikssystemer. Hvorvidt avvikssystemene utnyttes optimalt for å oppnå læring og økt kunnskap er imidlertid relativt lite utforsket. I sin kronikk «Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering» fra 2000 (2) hevder Peter Hjort at rapportering, analysering og utnyttelse av avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet i norsk helsesektor er et forsømt område.

Det hevdes fra flere hold at for få avvik meldes. Blant annet skriver Hjort i den nevnte artikkelen (2) at det er en «alminnelig oppfatning at antallet meldte uheldige hendelser er for lave og at de meldte tilfellene ikke er representative». Dette var et av hovedargumentene for at man i 2012 endret det norske systemet for rapportering av avviksmeldinger, slik at

meldingene skulle sendes til Kunnskapssenteret i stedet for Helsetilsynet. Året etter dette ble innført ble det meldt 9540 avvik, som var en dobling av antall meldte avvik under det gamle systemet (8). Antall meldte avvik er altså stigende, men flere kilder hevder at det sannsynligvis fortsatt foreligger stor grad av underrapportering.

Kjennetegn ved gode avvikssystemer og hva som skal til for å dra nytte av avviksmeldinger gjennom læring og fremtidig endret praksis er altså vår hovedproblemstilling for denne oppgaven. Vi undersøkte systemet for avvikshåndtering ved LDS, og sammenliknet dette med retningslinjer innenfor området. Det foreligger en god del litteratur om avvikshåndtering. Mye av kunnskapen oppsummeres i WHO sine guidelines – «WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems – from information to action», sist oppdatert i 2005 (9). Londonprotokollen, publisert i 1999 og oppdatert i 2004, beskriver en metode for systemanalyse ved uønskede hendelser i sykehus og gjør rede for grunntrinnene i en utrednings- og analyseprosess i systemperspektiv (10). Kunnskapssenteret har oversatt denne til norsk (11). Flere andre kilder tar for seg hvorvidt avvikssystemer bidrar til ny lærdom og endret praksis. Disse har vi brukt som en del av vårt kunnskapsgrunnlag og vi henviser til dem senere.

For å ha et eksempel fra norsk helsevesen valgte vi å kontakte medisinsk klinikk ved Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Vi har gjennom samtaler med nøkkelpersoner i ledelsen forsøkt å få en oversikt over avvikshåndteringen ved sykehuset, for dermed å identifisere styrker og svakheter ved systemet. I vurderingen av avvikshåndteringen har vi også sammenliknet behandlingskjeden med retningslinjene til WHO og det vi har funnet av relevant forskning på området (utdypet i del 2). Vi mener hovedutfordringene for avvikssystemet ligger i informasjonsformidling og tidseffektivitet. Når det gjelder informasjonsformidling gjelder dette både mellom LDS og Kunnskapssenteret (KS), og mellom sykehusets ulike utvalg og grupper. Det er flere faktorer som forringer kommunikasjonen mellom LDS og KS, noe vi utdyper senere i oppgaven. Siden vår oppgave fokuserer på sykehuset, dreier våre tiltak seg om hva sykehuset på sin side kan forbedre. I vårt første tiltak har vi foreslått å halvere fristen for utfyllende melding om avvik fra Lovisenberg til Kunnskapssenteret. Med dette håper vi at KS raskere kan få relevant informasjon om den aktuelle hendelsen og på denne måten bistå sykehuset bedre i fremtiden. Dette tror vi også vil føre til at gode tiltak raskere genereres. Når det gjelder informasjonsformidling innad i sykehuset har vi vurdert at dette er mindre presserende at vi tar tak i, da sykehuset allerede har dette på agendaen. Vi har likevel valgt å skissere i korte trekk hvordan de kan forbedre dette,

uten at det er blant våre hovedtiltak. Vårt andre tiltak dreier seg om å innføre rutiner på sykehuset for å følge opp om Kunnskapssenteret har behandlet avvikene. Vi tror at dette kan bidra til at tiltakene som foreslås i større grad blir et resultat av samarbeid mellom fagpersoner internt ved sykehuset, som har kjennskap til de lokale forholdene, og eksterne fagpersoner som har en objektiv tilnærming til problemstillingen. Tiltakene våre er utarbeidet i samarbeid med sykehusledelsen og vi beskriver hvordan de kan gjennomføre forbedringsprosessen med utgangspunkt i en PDSA/PUKK-tilnærming (12).

2 KUNNSKAPSGRUNNLAG

Materiale og metode

Det ble benyttet flere typer kilder. Blant disse var lærebøker, forskningslitteratur, lovverk (Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven) og samtaler med sentrale personer innen håndtering av avviksmeldinger på LDS og KS. Gjennom samtalene har vi fått kunnskap til hvordan avviksmeldinger håndteres på Lovisenberg, og råd vedrørende relevant litteratur. Det ble gjennomført kunnskapssøk i flere omganger. I litteraturen ble det lett etter informasjon om avvikssystemer, bruken av disse og hva som kjennetegner gode systemer. Fokus var litteratur som kunne si noe om hva som kreves for at avviksmeldinger faktisk skal føre til økt pasientsikkerhet og forbedret klinisk praksis.

Det ble utført søk i McMaster PLUS med søkeordene «adverse event reporting» for å undersøke om det forelå litteratur øverst i kunnskapspyramiden (retningslinjer, metaanalyser, systematiske oversikter), hvilket det ikke gjorde. Deretter ble det søkt i databasene Cochrane og Google Scholar. På nettsidene til Helse Sør-Øst, Kunnskapssenteret og Legeforeningen, fremkom retningslinjer for systematisk analyse av avviksmeldinger i form av WHO-guidelines (9) og Londonprotokollen (10). Lovgrunnlaget ble innhentet fra lovdata.no. Det ble også gjennomført søk i databasen over publiserte oppgaver fra Universitetet i Oslo (DuO) med søkeord «avvik», der et relevant funn var en tidligere KLoK-oppgave som hadde undersøkt legers avvikshåndtering og meldekultur (13). Fra KLoK-oppgaven fremkom ytterligere relevant litteratur. Til slutt ble det gjennomført litteratursøk i Pubmed/Medline. I søket ble det benyttet MeSH-termer, som er objektive og standardiserte søkbare merkelapper som settes på alle publikasjonene som finnes i Pubmed/Medline-databasen. Det ble forsøkt med flere ulike MeSH-termer, blant annet "Accident Prevention", "Safety Management", "Medical Errors" og "Patient Safety". Alle søkene ga vide og uspesifikke resultater (over 100 000 resultater). Det ble valgt å søke med «Adverse Event Reporting»[MeSH]. Dette ga 894 resultater, hvorav 14 ble vurdert som mulig relevante.

Ved hjelp av overnevnte litteratur ble det undersøkt kjennetegn ved avvikssystemer som fører til økt pasientsikkerhet ved endret klinisk praksis. Disse kjennetegnene ble deretter sammenliknet med hvordan avviksmeldinger håndteres på Lovisenberg, og på bakgrunn av denne sammenlikningen ble det fremstilt mulige forbedringstiltak.

3 LOVGRUNNLAG OG HISTORIKK

Historikk

Utviklingen av dagens meldesystem med tilsyn, internkontroll, meldesystemer, pasientskadeerstatning og kvalitetsarbeid startet på slutten av 80-tallet. På bakgrunn av en generell endring innen styringsfilosofi endret lovgivningen seg fra detaljert styring til rammelov. I praksis innebar dette at helsevirksomheter som tidligere var avhengige av styringsmaktens godkjenninger nå hadde større frihet innenfor visse rammer. Samtidig sikret man seg at lovene ble etterlevet ved tilsyn og klageordninger. Styringsendringen førte til økt fokus på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helsevesenet (14).

I 2001 innførte man nye helselover med ønske om en mer pasientsentrert praksis og bedret rettssikkerhet. Dette la grunnlaget for meldesystemet slik vi kjenner det i dag med begreper som avvik, meldeplikt og kvalitetsutvalg (13). Grunnet et ønske om å øke læringsmuligheter ytterligere, innebar de nye helselovene at hendelser som kunne ført til personskade også måtte meldes. (15).

Meldeordningen ble overført fra Statens helsetilsyn (Helsetilsynet) til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) i 2012. Formålet var å styrke fokuset på kvalitetsforbedring og læring av uheldige hendelser. Kunnskapssenteret har imidlertid ingen sanksjonsmyndighet, og alvorlige personskader måtte fortsatt meldes til Helsetilsynet. Tidligere var fristen to måneder for å melde et avvik til Helsetilsynet. Dette ble endret til at Kunnskapssenteret skulle motta avviksmelding innen 24 timer etter en uønsket hendelse, for at Kunnskapssenteret skulle kunne gi råd vedrørende videre håndtering av hendelsen på et tidligere tidspunkt. Videre ble det innført et system for elektronisk meldingsutveksling slik at alle meldinger skulle sendes elektronisk til Kunnskapssenteret, i motsetning til tidligere da det ble innsendt på papir. (16).

Viktige momenter ved utviklingen av dagens meldeordning kan ses i tabellen under:

1984	Krav om internkontroll i tilsynsloven
1988	Norsk Pasientskadeerstatning etableres
1992	Lovpålagt meldeordning om skader på pasienter
1993	Krav om kvalitetsutvalg i sykehus, Meldesentralen (Helsetilsynet) opprettet
2000	Landsomfattende tilsyn med internkontroll og kvalitetsutvalg i sykehus
2001	Nye/ reviderte helselover med meldeplikt om farlige forhold, betydelig personskade og hendelser som kunne ført til betydelig personskade

2002	Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
2007	Pasientsikkerheten i kunnskapssenteret etableres
2012	Etablering av Meldeordningen for uønskede pasienthendelser i Kunnskapssenteret

Kilde: (14)

Lovgrunnlaget

Meldeplikt om betydelig personskade eller hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade i helseinstitusjoner reguleres i dag av spesialisthelsetjenestelovens §3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter, der de skal;

«(...) uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.» (17).

Meldeplikten for helsepersonell er også lovfestet i helsepersonelloven etter § 17.

Opplysninger om forhold som kan medføre fare for pasienter, der;

«Helsepersonell skal av eget tiltak gi tilsynsmyndighetene informasjon om forhold som kan medføre fare for pasienters sikkerhet» (18).

Helsevirksomhetene og Kunnskapssenteret har også plikt til å varsle Helsetilsynet om betydelige personskader etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser:

«(...) helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (...).» (17).

Dette er fordi Helsetilsynet i motsetning til Kunnskapssenteret har myndighet til å vedta sanksjoner mot enkeltstående helsepersonell som for eksempel tap av autorisasjon, lisens eller advarsel, samt mot helsevirksomheter (19).

4 SYSTEMET FOR MELDING AV UØNSKEDE HENDELSER VED MEDISINSK KLINIKK PÅ LOVISENBERG DIAKONALE SYKEHUS

Historie

Fra 2003 var det et ønske om overgang fra papirbasert til elektronisk system for registrering av avviksmeldinger ved LDS. Innen Helse Sør-Øst ønsket man et felles avvikssystem for hele helseforetaket, men dette ble ikke gjennomført av økonomiske grunner. Fra 2009 utviklet man derfor et eget elektronisk avviksregistreringssystem lokalt på LDS som var i drift for hele sykehuset i 2011 (22). Senere skiftet en navn fra «Avvikssystem» til «Registering av uønskede hendelser», jfr. Peter Hjorts synspunkter som nevnt over (21, 22). Programmet for avviksregistrering er en integrert del av sykehusets kvalitetssystem. Avvikssystemet fungerer godt, men en ønsker et system som inkluderer tilrettelegging av tiltak i etterkant av avviksmeldingen. Det finnes ingen oversikt over forbedringstiltak som ulike typer uheldige hendelser har ført til. Det er mulig å søke på avviksmeldinger eksempelvis på «fall» det siste året, men for å undersøke tidligere iverksette tiltak i etterkant av fall må en imidlertid lese hver avviksmelding separat. Dette er et mulig punkt for kvalitetsforbedring (22, 23).

Dagens system for melding av pasientskade

Ansatte ved LDS får tilgang til sykehusets elektroniske avviksmeldingssystem via sykehusets lokale nettverk. Den som observerer eller avdekker et avvik har ansvar for å melde dette. Situasjonen skal beskrives så presist det lar seg gjøre, og det skal komme tydelig frem hva, hvor, hvordan og hvorfor situasjonen oppstod. Melder skal også komme med egne forslag til forbyggende tiltak for å kunne unngå en lignende hendelse i fremtiden. Når skjemaet for en uønsket hendelse er utfylt, sendes det til nærmeste leder. For legene er dette avdelingsoverlegen, og for sykepleiere og annet helsepersonell er det den enkelte avdelings enhetsleder (22, 24).

Behandlingskjeden deles inn i følgende nivåer: (22, 25)

Nivå 1: Melder

Nivå 2: Enhetsleder

Nivå 3: Klinikk/avdelingsleder

Nivå 4: Kvalitetsutvalget (Administrasjonen på vegne av administrerende direktør)

Nivå 5: Kunnskapssenteret, samt NAV og DSB (Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap).

Ifølge kvalitetsrådgiver Colbjørnsen (22) har de fleste sykehus to nivåer for behandling av avviksmeldinger. LDS opererer med flere nivåer grunnet et ønske om å motivere ledelsen til å være mer aktiv i kvalitetsforbedringsarbeid.

Saksbehandlingen av en uønsket hendelse

Enhetslederen som mottar en avviksregistrering er ansvarlig for årsaksanalysen av hendelsen. Dersom melderens avviksbeskrivelse er mangelfull, kan enhetsleder sende avviksmeldingen tilbake for å få en mer omfattende hendelsesbeskrivelse. Dette for å sikre at det foreligger tilstrekkelig informasjon for å kunne utføre årsaksanalysen. Enhetslederen er ansvarlig for å iverksette nødvendige forbedringstiltak som utgår fra årsaksanalysen. Deretter utarbeides en tiltaksplan der det presiseres hvordan og hvem som skal gjennomføre forbedringstiltaket. De ulike nivåene i behandlingskjeden kan ferdigbehandle, (lukke), avviket. At et avvik er ferdigbehandlet innebærer at en vurderer iverksatte/planlagte forbedringstiltak som tilfredsstillende, samt at tilbakemelding er gitt til avviksmelder i en egen avviksrapport. Avviksmeldingen kan måtte ferdigbehandles på et mer overordnet behandlingsnivå dersom det er påkrevet. Dersom iverksatte forbedringstiltak etter avviksbehandling på nivå 2 eller 3 ikke fører til forbedring, skal avviket behandles på et høyere nivå i behandlingskjeden. Dersom enhetsleder på nivå 2 ikke har behandlet avviksmeldingen innen 14 dager mottar vedkommende en automatisk purring, på nivå 3 mottas purringen etter en måned (22, 24, 25).

Kvalitetsutvalget

Kvalitetsutvalget består av klinikkssjef Anne Marit Tangen, avdelingsoverlege Gudmund Nordby og kvalitetsrådgiver Ellen Anne Alvin. Dets hovedoppgaver er å sikre at enhetslederne (nivå 2) driver forsvarlig avviksbehandling, samt å behandle avvikene ved alvorlige hendelser. Slik som enhetsleder kan sende avviksmeldinger tilbake til melder, kan kvalitetsutvalget sende avviksmeldinger tilbake til enhetsleder dersom opplysningene er mangelfulle. Kvalitetsutvalget møtes ukentlig for gjennomgang av alle uønskede hendelser som involverer pasientskade, og som ikke har blitt behandlet på et lavere nivå i behandlingskjeden. Alle medlemmer i dagens kvalitetsutvalg har mye erfaring fra klinisk arbeid, henholdsvis som jordmor, lege og sykepleier. Slik kompetanse er fordelaktig i avvikshåndteringen, da klinisk skjønn ofte er nødvendig. Dersom den uheldige hendelsen involverer en lege innkaller avdelingsoverlegen vedkommende til et møte for å oppklare hendelsen og øke legens læringsutbytte (22, 24, 25).

Tilbakemelding til melder

Gjennom avviksprogrammet på sykehusets intranett, kan melder se behandlingsstatus for avviksmeldingen. Når avviket er ferdigbehandlet lages det en avviksrapport. Avviksrapporten inneholder beskrivelse av hvordan avviksmeldingen er håndtert på de ulike behandlingsnivåene, samt eventuelle forbedringstiltak en har kommet frem til. Alle involverte i behandlingskjeden, inkludert melder, kan lese avviksrapporten og dermed se hvilke forbedringstiltak som eventuelt skal iverksettes (24, 25).

Kunnskapssenteret (KS)

Uheldige hendelser som registreres som alvorlige, sendes automatisk i anonymisert utgave til KS innen 24 timer. Alvorlige hendelser inkluderer hendelser der betydelig personskade kunne blitt eller ble utfallet, samt unaturlige dødsfall. Avviksmeldingene analyseres deretter av KS, og KS fungerer således som en database for avviksmeldinger i tillegg til å bistå helseforetakene med analyse av avviksmeldinger, og eventuelt med påfølgende råd om kvalitetsforbedringstiltak (8). Dersom hendelsen karakteriseres som alvorlig av også melders nærmeste overordnede (nivå 2 eller 3 i behandlingskjeden), sendes en ny og mer utfyllende melding til KS. Denne meldingen sendes så fort enhetsleder eller avdelingsoverlege har behandlet den uønskede hendelsen. Når det oppstår alvorlige hendelser som faller inn under

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, skal avdelingsoverlege legge til mer utfyllende informasjon i en egen e-post som sendes til Helsetilsynet (22, 24, 25).

Kvalitets- og Pasientsikkerhetsutvalget (KPU)

I juni 2014 startet man opp med KPU-møter i klinikk for medisin. Hensikten med utvalget er at det skal være et rådgivende og saksbehandlende organ for ledergruppen i klinikk for medisin. Utvalget består av avdelingsoverlege Gudmund Nordby som er leder og møteleder, assisterende klinikkssjef, en overlege, en avdelingssykepleier, en fagutviklingssykepleier, en brukerrepresentant fra Brukerutvalget, kvalitetsrådgiver i klinikk for medisin som er sekretær for møtene, spesialrådgiver fra sykehusets kvalitetsavdeling, samt andre deltagere som innkalles avhengig av de aktuelle sakene. Utvalget skal møtes månedlig.

Oppgaver for KPU er blant annet (26):

- Å følge opp pasientsikkerhetsprogram og sykehusets kvalitetsmål i henhold til handlingsplanen
- Å definere og planlegge forbedringstiltak
- Å gjennomgå revisjoner og tilsyn, samt å utarbeide forslag til forbedringer
- Å utarbeide forslag til nye revisjonsområder
- Å oppsummere uønskede hendelser i klinikken og å planlegge forbedringstiltak
- Månedlig rapportering til ledergruppen i klinikk for medisin

På morgenmøte for legene ved medisinsk klinikk legger avdelingsoverlege frem referat fra KPU-møtene, der fokuset er hva man kan lære av foregående måneds uønskede hendelser (25, 26).

Ledergruppen i medisinsk klinikk

Ledergruppen ved medisinsk klinikk består av avdelingsoverlege, seksjonsleger, enhetsledere, ergoterapeut, sosionom og klinisk ernæringsfysiolog. Gruppen møtes månedlig til møter som avtalt ett år fram i tid. Nordby oppgir at selv om KPU skal referere saker til ledergruppa, er dette fortsatt i startfasen. Planen er at saker fra KPU, eksempelvis læringsutbytte fra uheldige hendelser og iverksatte forbedringstiltak, skal inn på agendaen til ledergruppen, fortrinnsvis med gjennomgang av noen eksempler. Utfordrende elementer oppgis å være (25):

1. For liten tid
2. Finne «formen»
3. Formidling fra KPU har ikke vært fast på agendaen til Ledergruppens møter
4. Det foreligger ingen standardisert mal for presentasjonen av saker gjennomgått av KPU.
5. Det burde være mindre tid mellom møter mellom KPU og ledergruppen og KPU-møter, for å holde aktuelle saker present og dermed bedre formidlingen.

Skadeutvalget

Skadeutvalget er en undergruppe av KPU og ledes av Bjørn Holm. Holm var sjefslege ved LDS fra 1999 til 2012, og ledet tidligere sykehusets Etikk- og Skadeutvalg som var en eldre versjon av avvikshåndteringsorganet. Skadeutvalget består også av en sykepleier og kvalitetskoordinator Aslaug Colbjørnsen fra kvalitetsavdelingen. Utvalget behandler uønskede hendelser relatert til pasientskader og gir KPU en oversikt over pasientskader samt informasjon vedrørende enkeltsaker som krever økt oppmerksomhet (27).

5 FORSLAG TIL KVALITETSFORBEDRING

Med bakgrunn i organiseringen av avvikssystemet ved LDS og kjennetegn ved gode avvikssystemer fra relevant litteratur, ble det identifisert muligheter for kvalitetsforbedring. Vi skal gjennomgå dem i det følgende. Først skal vi definere KS' rolle overfor LDS ved avvikshåndtering, og illustrere samarbeidet mellom dem.

Tiltak for en bedret håndtering av avvik ved LDS

Et eksternt rådgivende organ uten direkte kobling til enkeltforetakene karakteriserer gode avvikssystemer i følge WHO-guidelines (9) og øvrig litteratur. I Norge er det KS som har denne rollen. KS har retningslinjer for håndtering og oppfølging av avviksmeldinger (16), og skal gi konkrete og raske tilbakemeldinger på disse slik at helseinstitusjonen systematisk kan drive eget pasientsikkerhetsarbeid.

KS behandler avvik over en viss alvorlighetsgrad, og det gis en individuell tilbakemelding til helseforetaket som skal være synlig i det lokale avviksmeldingssystemet for den som meldte avviket (28). Tilbakemeldingene kan være standardiserte meldinger slik som «Takk for at du meldte. Meldingen blir lest, klassifisert og går inn i den nasjonale databasen over 3-3-meldinger», mens andre tilbakemeldinger kan inneholde effektive forbedringstiltak. KS kan innhente supplerende informasjon for å sikre optimal behandling av meldingene, og komme med råd vedrørende videre håndtering i en senere fase (16). Videre skal KS «samle kunnskap om tiltak som kan iverksettes for å bedre pasientsikkerheten for å dele den med helsepersonell, helsetjenesten, brukere, myndigheter og produsenter» (16). Det er et overordnet mål at KS skal «analysere innkomne data på aggregert nivå og gi ut ulike rapporter innenfor ulike temaer for å øke pasientsikkerheten» (16).

At alle avvik av en viss alvorlighetsgrad behandles og at tilbakemelding sendes fortløpende til enkeltforetakene er i tråd med WHO guidelines (9) som sier at «rapporteringssystemet må være i stand til å formidle informasjon til målorganene». Videre heter det i retningslinjene at «målorganene i sin tur må være villige til å gjennomføre nødvendige tiltak». Det er et hovedpoeng at enkeltforetakene selv er ansvarlige for videre oppfølging av meldingene, samt mindre alvorlige uheldige hendelser. Kun alvorlige avvik skal meldes til KS, men KS har ikke noe ansvar for hvordan avvikene håndteres innad i helseinstitusjonen. Dersom ekstern oppfølging er nødvendig er det Helsetilsynets oppgave (28).

En av rollene til KS er altså å fungere som rådgivende organ for de enkelte helseinstitusjoner. Opplysningene KS får tilsendt i form av avviksmeldingene er imidlertid ofte for mangelfulle til at en god hendelsesanalyse kan gjennomføres. I de tilfellene skal KS som nevnt kunne etterspørre utdypende informasjon, men det skjer sjelden i praksis (mailkorrespondanse med Lindahl). KS har også bedt hvert helseforetak om å sende løsninger på- eller analyser av avvik som blir behandlet lokalt. Dersom LDS etter behandling av avviksmeldinger finner gode tiltak til endring som bedrer pasientsikkerheten, ønsker KS å få informasjon om disse for så å kunne dele kunnskapen med resten av helsetjenesten. Kommunikasjonen mellom LDS og KS er per i dag ikke optimal og vi mener at mye kunnskap og potensielt læringsutbytte går tapt.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har det som nevnt fremkommet at tidsbruken fra en uheldig hendelse skjer til avviket er analysert og tilbakemelding er klargjort fra KS, ikke samsvarer med gjeldende retningslinjer. Ledelsen ved LDS hevder at tilbakemelding fra KS sjelden kommer uoppfordret, og ofte så sent at pasientskadesakene allerede er ferdigbehandlet i Kvalitetsutvalget eller Skadeutvalget. Svarene ofte er standardiserte og bærer preg av at KS mottar knappe opplysninger. Dette fører til at LDS per i dag har et begrenset utbytte av tilbakemeldingene fra KS. Dette er uheldig både fordi LDS går glipp av en viktig ressurs spesialisert på kvalitetsforbedring, og fordi Kunnskapssenteret sløser bort tid og energi på arbeid som ikke kommer til nytte. Dårlig kommunikasjon mellom LDS og KS er et av våre viktigste funn og her foreligger stort forbedringspotensiale. De ansatte ved LDS kan imidlertid selv bidra til raskere tilbakemeldinger gjennom å begrense tidsbruken fra et avvik skjer til det meldes. Eksempelvis vil en kortere tidsfrist kunne bidra til raskere tilbakemelding fra KS, og bedre informasjonsflyten mellom partene. Vi ønsker å innføre følgende tiltak:

Hovedtiltak 1: Kortere tidsfrist på å fylle ut del 2 av avviksskjemaet

Vi ønsker å innføre en tidsfrist på én uke for utfylling av del 2 av avviksskjemaet. Dagens tidsfrist er to uker for nivå 2 og én måned for nivå 3. Ved å korte ned tidsfristen vil KS raskere få all informasjon vedrørende den uheldige hendelsen, og kan tidligere komme med relevante innspill om gode tiltak og støttetiltak.

Hovedtiltak 2: Rutinemessig sjekking av tilbakemelding fra Kunnskapssenteret

LDS har per i dag altså i følge våre kilder et ikke optimalt læringsutbytte av tilbakemeldingene fra KS. Ofte går prosessen så sent at LDS selv allerede har utarbeidet egne tiltak på bakgrunn av avviksmeldingene før tilbakemeldingene fra KS foreligger. Våre tiltak

kan ikke direkte involvere KS, men gjennom å innføre **krav til rutinemessig sjekking av tilbakemelding fra Kunnskapssenteret**, vil vi sikre at de ansatte ved LDS bidrar med det de kan for å hente ut potensialet for læringsutbyttet som ligger i tilbakemeldingene fra KS.

Dessuten er det tenkelig at de ansatte ved KS som kommer med tilbakemeldinger på innmeldte avvik vil motiveres til å komme med gode og raske tilbakemeldinger dersom de vet at de faktisk sjekkes, og at det skjer innen rimelig tid. Dette er i følge våre kilder ikke tilfellet slik situasjonen er i dag. Kravet vi ønsker å innføre er helt konkret som følger:

Svar fra Kunnskapssenteret vedrørende alvorlige hendelser skal rutinemessig sjekkes av den som fyller ut del 2 av avviksskjemaet, i praksis enhetsleder på nivå 2 eller 3.

Tilbakemeldingene skal sjekkes minst en gang månedlig, for eksempel før møtet i Kvalitets- og Pasientsikkerhetsutvalget (KPU), som møtes en gang per måned.

Rask analyse av og tilbakemelding på innmeldte avvik til de ansatte som er direkte involvert i de enkelte avvikene er i følge WHO-guidelines (9) et kjennetegn på gode avvikssystemer.

Det nevnes her at tilbakemelding er viktig for å unngå tilbakevendende uheldige hendelser, og essensielt for å motivere personalet slik at de ser at det nytter å melde. Viktigheten av respons på meldte avvik er gjennomgående i aktuell forskningslitteratur for at personalet skal fortsette å melde avvik (29-32). I en studie fra 2006 som inkluderte nesten 800 helsepersonell var mangel på tilbakemelding den hyppigste barrieren til avviksmelding blant leger (57,7%) og sykepleiere (61,8%) (30). Det hevdes her at rask og direkte tilbakemelding til klinikere er ekstremt viktig for å opprettholde deres kliniske engasjement. Det er viktig at alle ansatte ser at det kommer noe positivt ut av å melde uheldige hendelser slik at de fortsetter å delta i prosessen. Begge våre tiltak vil være relevante i forhold til raskere analyse av og tilbakemelding på avvik.

Så langt har vi forklart hvilke tiltak vi vil implementere i den kliniske hverdagen ved LDS. I det videre skal vi med bakgrunn i kunnskapsgrunnlaget og en sammenlikning av dette med dagens gjeldende avvikssystem ved LDS, drøfte andre områder med potensial for kvalitetsforbedring. Forbedringsarbeidet må foregå trinnvis og selv om vi ikke skal implementere disse tiltakene per nå, er dette tiltak som eventuelt kan implementeres på lengre sikt.

Andre potensielle forbedringstiltak

Et kjennetegn ved gode avvikssystemer man blant annet finner i WHO-guidelines (9), er at avvikene må behandles av fagpersoner med relevant kompetanse («expert analysis»). Nødvendigheten av dette er nevnt eksplisitt i flere artikler og guidelines, eksempelvis: “... *experience with the protocol suggests that training is needed for it to be used effectively ...*” (33). London-protokollen (10) underbygger viktigheten av kompetanse og opplæring av ansatte som arbeider med analyse av avvik: “... *eksperter med rett kompetanse er avgjørende for utredninger av alvorlige hendelser.*” Ved LDS får alle nyansatte en introduksjon i systemet, men det foreligger ingen intern kursing i avvikssystemet og avvikshåndtering utover dette. Et mulig forbedringstiltak kan være å systematisere opplæringen i avvikssystemet ved LDS, gjennom for eksempel å opprette obligatoriske internkurs som omhandler avviksregistrering og håndtering av disse. Dette vil kunne bidra til bedre kjennskap til avvikssystemet blant de ansatte og dermed mer hensiktsmessig bruk av systemet.

Evne til informasjonsspredning og vilje til endring trekkes også frem som viktige kjennetegn på gode avvikssystemer. Ifølge Nordby (25) kan kommunikasjonen mellom KPU og ledergruppen ved medisinsk klinikk bli bedre. Dette samarbeidet er i startfasen og det jobbes med en standardisering av informasjonsformidlingen mellom utvalgene. KPU planlegger utarbeidelse av en presentasjonsmal som kan gi ledergruppen optimalt læringsutbytte av siste måneds avviksmeldinger. Vedrørende vilje til endring vurderes denne som stor grunnet det uproblematisk samarbeidet vi har hatt med ledelsen i forbindelse med denne oppgaven. Vårt inntrykk er at håndtering av uheldige hendelser er et fokusområde ved LDS.

En mulig PDSA-tilnærming (12) til forslaget rundt jevnlig møter kan være følgende:

- 1) Plan: KPU fastsetter en dag (eksempelvis første onsdag i måneden) for møte med ledergruppen der en fremlegger siste måneds avviksmeldinger og potensielt læringsutbytte.
- 2) Gjennomføring: Det understrekes viktigheten av en fast dag og en fast møtemal (vil ikke utdypes i denne oppgaven), for å sikre gjennomføringen og minimere eventuell frykt for å diskutere avviksmeldinger.
- 3) Kontrollere: En mulig indikator kunne være om møtene faktisk gjennomføres og om ledergruppen faktisk får nytte av tilbakemeldinger.
- 4) Korrigere: Dersom indikatorene over viser dårlig effekt, bør det foretas et evalueringsmøte der ledergruppen kan komme med innspill.

Som en naturlig begrensning av oppgaven vil ikke dette forbedringstiltaket utdypes. Videre er LDS allerede i gang med en implementeringsprosess for dette tiltaket.

Standardiserte maler for avviksanalyse. Det hevdes blant annet i Londonprotokollen (10), at man bør følge **standardiserte metoder og standardmaler for avviksanalyse** for optimalt læringsutbytte. Slike metoder og maler foreligger per i dag ikke ved LDS, slik at avviksanalysen avhenger i stor grad av den enkelte som behandler avviket. Innføring av standardiserte metoder og standardmaler for avviksanalyse vil kunne bedre avvikshåndteringen og effektivisere prosessen.

6 IMPLEMENTERING AV FORBEDRINGSTILTAK

Av flere mulige forbedringstiltak har kommunikasjonen mellom LDS og KS blitt identifisert som et viktig område. Ved innføring av tiltak på to punkter ønsker vi å bedre informasjonsflyten og samarbeidet mellom partene.

For implementering av de to tiltakene kan det utnevnes en gruppe som har det overordnede koordineringsansvaret. Denne gruppen kan bestå av avdelingsoverlege ved medisinsk klinikk ved LDS, kvalitetskoordinator ved LDS, representanter fra skadeutvalget ved LDS og en representant for Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet ved KS. Det er essensielt at gruppemedlemmene har en felles visjon og målsetning.

Vedrørende varighet av prosjektene kan de i utgangspunktet sies å være evigvarende, men dersom det under evalueringer fremkommer god effekt, kan en vurdere å avslutte prosjektet.

IMPLEMENTERING AV TILTAKENE

Hovedtiltak 1: Kortere tidsfrister vedrørende utfylling av del 2

Organiseringen av dette tiltaket gjøres primært internt på LDS ved at eksempelvis representanter fra kvalitetsutvalget avholder et informasjonsmøte med enhetslederne ved medisinsk klinikk, LDS.

Tiltaksimplementeringen kan deles opp i fire faser jfr. PDSA/PUKK-tilnærming (12):

- 1) Planleggingsfase: Informasjonsmøte hvor man understreker at raskere kommunikasjon mellom LDS og KS kan gi bedret pasientsikkerhetsarbeid. Avdelingsoverlege setter av tid i enhetsledernes timeplan til utfylling av del 2. Planlegge kontrollmøte nevnt i punkt 3.
- 2) Utføre: Utføringen av tiltaket fordrer en aktiv innstilling hos enhetslederne.
- 3) Kontrollere: Evalueringsmøte tre måneder etter implementering av tiltak. KS-representanter medbringer oversikt over avviksmeldinger fra LDS i perioden, og hvor mange av disse hvor del 2 ble sendt innen fristen (prosessindikator).
- 4) Korrigere: Dersom det ved evalueringsmøtet avdekkes at del 2 er sendt inn for sent i mange av avvikene, bør representantene fra LDS forsøke å belyse årsaker til dette, for så å foreslå endringer som kan forbedre dette. Dette vil trolig dreie seg rundt konkrete problemstillinger, eksempelvis at det blir glemt eller at den totale arbeidsmengden for de ansvarlige ledere er for stor til at det blir tid for utfylling av supplerende

informasjon. Dette er spesifikke ting avdelingsleder kan ta tak i. Dette ved eksempelvis å gjennomføre jevnlig kortfattede møter der det minnes om tidsfristen og hvorfor den er viktig å overholde. På denne måten starter en på det første punktet igjen, og de fire punktene kan gjentas flere ganger, der nye milepæler blir nye møter mellom LDS og KS.

Disse fire punktene vil kunne gjentas et ubegrenset antall, og det er derfor sentralt at det gjennomføres evalueringsmøter mellom Lovisenberg og Kunnskapssenteret der overnevnte indikator evalueres, og korrigeringsmøter internt i Lovisenberg for å se på eventuelle årsaker til at tidsfristen ikke overholdes.

Som nevnt kan det tenkes at de som er ansvarlige for å fylle ut supplerende informasjon om avvikene mener de ikke har tid nok for å kunne gjennomføre tiltaket innen fristen. Dette understreker viktigheten av at avdelingsleder er involvert i implementeringsarbeidet slik at det kan tilrettelegges for at det blir tid til å fylle ut den supplerende informasjonen.

Hovedtiltak 2: Rutinemessig sjekking av tilbakemelding fra Kunnskapssenteret

Dette tiltaket bør inkludere alle medlemmer av prosjektgruppen som er tilknyttet LDS. Det er først og fremst enhetslederne som skal lese tilbakemeldingene fra KS, men kvalitetsansvarlig og avdelingsoverlege kan i visse tilfeller også måtte lese tilbakemeldingene.

Tiltaksimplementeringen:

- 1) Planlegge: Det bør gjennomføres et undervisningsmøte der man minner ansatte om at tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret (og interne svar fra Lovisenberg) må leses og forstås. Videre bør det understrekes viktigheten av avviksmeldingssystemer og hensikten med systemene. Det bør understrekes at prinsippene er nedfelt i norsk lov.
- 2) Utføre: Tilbakemeldingene bør leses, forstås og eventuelle forbedringstiltak bør implementeres.
- 3) Kontrollere: Vanskelige å finne god indikator for hvorvidt tilbakemeldingene sjekkes. Det kan utføres anonymiserte spørreundersøkelser der en spør etter hvor mange avvik vedkommende har meldt den siste tiden, og hvor mange av tilbakemeldingene som er blitt lest og forstått. En annen måte kan være at avviksmeldingsprogrammet registrerer

når primærmelder har sett tilbakemeldingen. Ulempen med sistnevnte kontrollstrategi er at en risikerer at meldingene bare blir lest, men ikke forstått.

- 4) Korrigere: Ut ifra tallene som samles inn under evalueringen, kan prosjektleder vurdere hvorvidt det bør gjennomføres et nytt møte med liknende innhold som under punkt 1.

Motstand kan komme i form av argumenter om for liten tid til å lese tilbakemeldingene. Mer trolig vil det største hinderet være at ansatte lett kan glemme å lese tilbakemeldingene. Derfor kan det være nyttig at gjentatte PDSA-sirkler gjennomføres i løpet av relativt kort tid. (12)

7 VALG AV INDIKATORER OG KONKLUSJON

Vi har valgt å bruke følgende tre indikatorer for ovennevnte forbedringstiltak (tabell 2).

Prosessindikatorer	<ul style="list-style-type: none">• Følges retningslinjene for håndtering av avviksmeldinger?• Hvor lang tid tar det gjennomsnittlig ved LDS fra en uheldig hendelse skjer til et avvik er lukket?
Resultatindikator	<ul style="list-style-type: none">• Hvor mange konkrete tiltak fører utfylling av avviksmeldinger og påfølgende avvikshåndtering til per år ved LDS?

Tabell 2. Indikatorer

Gode kvalitetsindikatorer for forbedringstiltak har visse kjennetegn (33). De bør være relevante, målbare, mulige å tolke, gyldige (valide), pålitelige (reliable) og sensitive for forandring. Indikatorene vi har valgt innehar slik vi ser det de nevnte kjennetegnene. Vi drøfter indikatorene hver for seg i det videre.

Hvorvidt retningslinjene for håndtering av avviksmeldinger følges. Indikatoren er relevant fordi det er essensielt i forhold til vår problemstilling å undersøke i hvilken grad sykehusets retningslinjer for avvikshåndtering følges. Å finne ut av dette innebærer også å undersøke hvorvidt slike retningslinjer faktisk foreligger, som også er relevant informasjon for oppgaven. Videre er indikatoren målbar, mulig å tolke og sensitiv for forandring. Målbar ved at man innhenter informasjon om retningslinjene for avvikssystemet ved LDS og undersøker hvorvidt de følges eller ikke. Dette er mulig gjennom samtaler med ansatte ved LDS. Undersøkelser av hvilke regler som gjelder når retningslinjene for avvikshåndtering ikke følges og om det finnes tilgjengelig informasjon om hvor ofte dårlig avvikshåndtering foreligger og hvilke konsekvenser dette har er også en måte å «måle» indikatoren på. Dersom retningslinjene for avvikshåndtering endres, vil forandringene bli synlig ved ny undersøkelse av informasjon av gjeldende avvikssystem. Indikatoren er derfor sensitiv for forandring.

Hvor lang tid det gjennomsnittlig tar fra en uheldig hendelse skjer ved LDS til et avvik er lukket. Denne indikatoren er relevant fordi at hvor lang tid det tar fra et avvik skjer, til det meldes og håndteres videre, sannsynligvis vil påvirke hvorvidt den opprinnelige avviksmeldingen faktisk vil kunne bidra til endring i klinisk praksis. Dette er kjernen i vår

problemstilling. Den er målbar ved at man undersøker statistikker over hvor lang tid avvikshåndtering ved LDS tar, og den er lett å tolke. Underliggende årsaker som påvirker tidsperspektivet her er videre interessant å undersøke, og det vil ha betydning for tolkningen av indikatoren. På samme måte som for ovennevnte indikator er indikatoren sensitiv for forandring da endringer i det gjennomsnittlige tidsperspektivet fra et avvik skjer til det meldes og håndteres videre vil være synlige ved gjentatte undersøkelser av avvikssystemet.

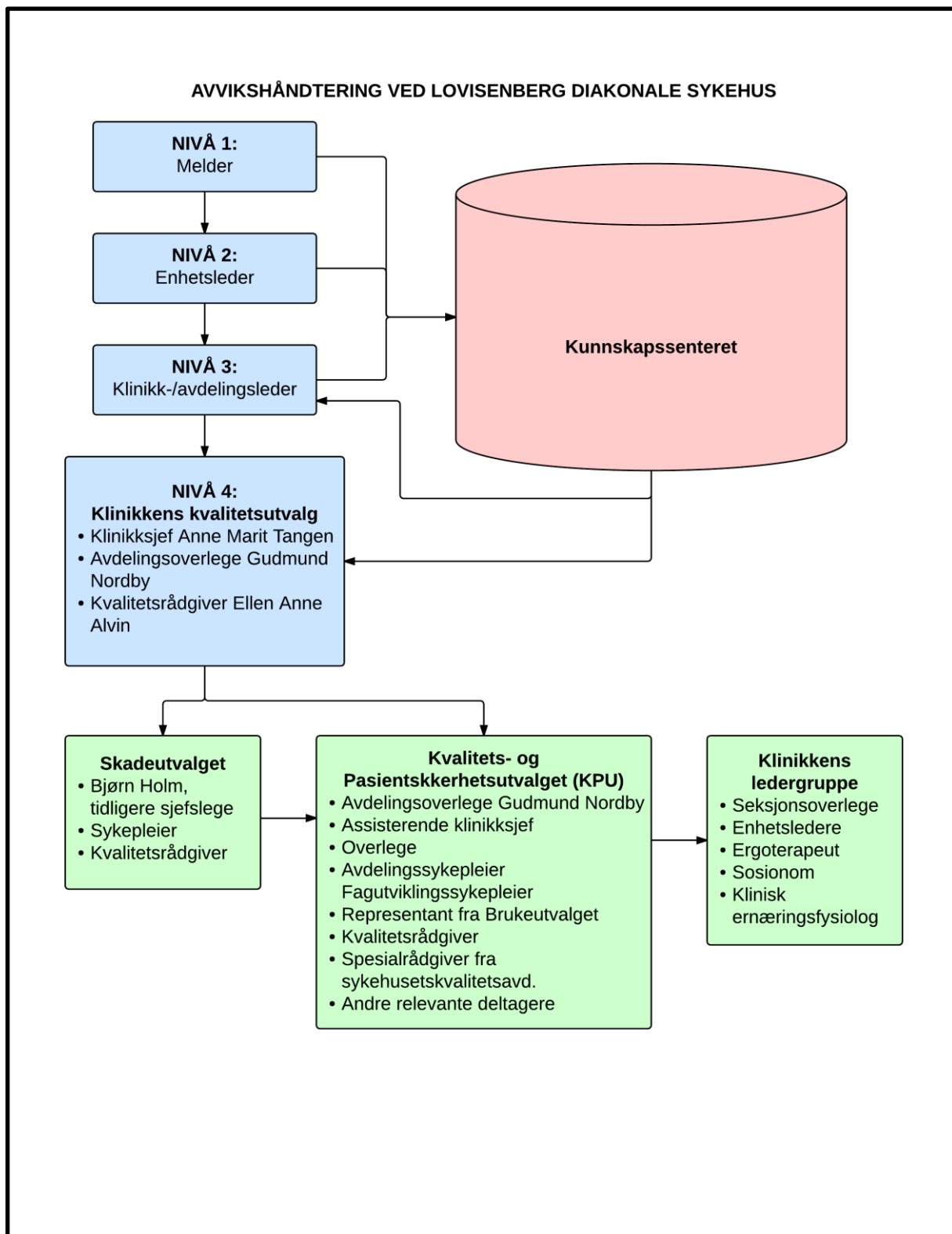
Hvor mange konkrete tiltak som settes i gang som følge av utfylling av avviksmeldinger og påfølgende avvikshåndtering per år ved LDS er en relevant indikator fordi den tallfester hvorvidt avviksmelding og håndtering av disse fører til endringer i klinisk praksis. Tolkningen vil kunne påvirkes av hvorvidt tiltakene faktisk blir gjennomført og fører til bedret pasientsikkerhet, og er et mulig bias. Indikatoren er sensitiv for endring da undersøkelser av statistikker over antall innsatte tiltak per år vil kunne avsløre forandringer i den ene eller andre retningen. Det må bemerkes at ved Lovisenbergs nåværende datasystem for uønskede hendelser er det ikke lagt til rette for statistiske analyser. Det er eksempelvis ikke mulig å benytte filtre som for eksempel ”medikamentføring” og dermed få en oversikt over gjennomførte/planlagte tiltak. Som nevnt tidligere må man gå inn på hver enkelt avvikssak for å se dette. Indikatoren er med andre ord målbar, men det er per i dag ikke lett gjennomførbart. Det er ønskelig at slike analyser skal være lettere med det neste datasystemet som tidligst kommer i bruk i 2016 (22).

Kravene til *validitet (gyldighet)* og *reliabilitet (pålitelighet)* er tilfredsstilt for alle tre indikatorene. De er valide fordi de alle omhandler det vi ønsker å undersøke med denne oppgaven. Gitt at undersøkelsene gjøres på samme måte hver gang og på samme tidspunkt, vil gjentatte undersøkelser av hvorvidt retningslinjene for håndtering av avviksmeldinger følges eller ikke, hvor lang tid det gjennomsnittlig tar fra en uheldig hendelse skjer ved LDS til et avvik er lukket og hvor mange konkrete tiltak som settes i gang som følge av utfylling av avviksmeldinger per år, gi samme informasjon hver gang. Indikatorene er derfor også pålitelige.

Konklusjon

Vi har etter grundig gjennomgang av avvikssystemet ved LDS identifisert flere områder med potensial for forbedring. Et av de viktigste problemområdene vi fant var at det tar for lang tid fra et avvik skjer, til det behandles og analyseres videre. Det fremkom også at tilbakemeldinger og respons på avviksmeldinger som sendes fra LDS til KS, oppleves som mangelfulle. Det foreligger derfor gode grunner til å gjennomføre tiltaket. Det vil i en overgangsfase kreve tid og ressurser, men ressursbruken vil ikke være stor i forhold til hvilket potensial som ligger for kvalitetsforbedring.

Vedlegg



Litteraturliste

1. NPE. <http://www.npe.no>: Norsk Pasientskade-Erstatning; 2014 [cited 2014].
2. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten – forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Lægefor. 2000;120(26):3184-9.
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. The New England journal of medicine. 1991;324(6):370-6.
4. Boaden R, K W. Patient Safety: Research into practice. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press; 2006.
5. Crown. An organisation with a memory. UK: Department of Health 2000.
6. Clarke JR. How a system for reporting medical errors can and cannot improve patient safety. The American surgeon. 2006;72(11):1088-91; discussion 126-48.
7. Leape LL. Reporting of adverse events. The New England journal of medicine. 2002;347(20):1633-8.
8. Kunnskapssenteret. [cited 2014]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no>.
9. WHO. WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva, Switzerland: 2005.
10. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: The London protocol. 2004.
11. Taylor-Adams S, Vincent C. Systemanalyse av uønskede hendelser: Londonprotokollen. 2012.
12. Frich J. Metode og verktøy for kvalitetsforbedring: UiO; 2011 [updated 28 Jan 2014; cited 2014]. Available from: <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/verktoy-og-metoder.html>.
13. Sommerfelt T, Værland T, Haugen SA, Madsen NE. To err is human, to share is divine. Digitale utgivelser ved UiO. 2011.
14. Hernæs A-L. Å forholde seg til regelverket - Hvordan virker dette på avvikshåndtering : En studie fra spesialisthelsetjenesten. Digitale utgivelser ved UiO. 2009.
15. Pressemelding: 4 nye helselover: Sosial- og Helsedepartementet; 1998 [cited 2014]. Available from: http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Bondevik-I/shd/Nyheter-og-pressemeldinger/1998/4_nye_helselover.html?id=239916.
16. Brudvik M, Lindahl AK. Melde for å lære – en beskrivelse av etableringen av Meldeordningen (§3-3) for uønskede pasienthendelser i Kunnskapssenteret i 2012. 2013.
17. Lovdata. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). [cited 2014]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthel>.
18. Lovdata. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). [cited 2014]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
19. Prop. 91 L - Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): Helse- og omsorgsdepartementet; 2010-2011 [cited 2014]. Available from: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2010-2011/prop-91-l-20102011.html?id=638731>.
20. Kvalvik AG. Melding om uønskede hendelser: Hva, hvem, hvor og hvorfor? Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, 2005.
21. Hjort P. Uheldige hendelser i helsetjenesten - En lære-, tenke- og faktabok. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
22. Colbjørnsen A. Intervju med Aslaug Colbjørnsen, kvalitetsrådgiver ved LDS. Dato: 20.10.2014. In: Lonar S, Hovmork MW, editors.
23. Colbjørnsen A. Handout: Avvik.
24. Colbjørnsen A. LDS prosedyremal A - Melderutine ved pasientskade. 2013.
25. Nordby G. Intervju med Gudmund Nordby, klinikkoverlege ved medisinsk klinikk LDS. Dato: 03.11.2014. In: Lonar S, Hovmork MW, editors.
26. Informasjonsskriv: Kvalitets- og Pasientsikkerhetsutvalget (KPU).
27. Holm B. Intervju med Bjørn Holm, tidligere sjefslege ved LDS. Dato: 11.11.2014. In: Lonar S, Hovmork MW, editors.
28. Lindahl AK. Korrespondanse med Anne Karin Lindahl, avdelingsdirektør for Avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret. 2014.
29. Braithwaite J, Westbrook MT, Travaglia JF, Hughes C. Cultural and associated enablers of, and barriers to, adverse incident reporting. Quality & safety in health care. 2010;19(3):229-33.
30. Evans SM, Berry JG, Smith BJ, Esterman A, Selim P, O'Shaughnessy J, et al. Attitudes and barriers to incident reporting: a collaborative hospital study. Quality & safety in health care. 2006;15(1):39-43.
31. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. The Medical journal of Australia. 2004;181(1):36-9.

32. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. British journal of anaesthesia. 2010;105(1):69-75.
33. Frich J. Kvalitetsindikatorer 2011 [updated 22 Jan 2013; cited 2014]. Available from:
<http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>.